DE

N°. 255.

LA PÉRICARDITE AIGUË ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 novembre 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR ADOLPHE DAVID, de Vervins,

Département de l'Aisne ;

Ancien Élève de l'École pratique et des hôpitaux civils de Paris.

Judicium difficile.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL, *Président.*
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Suppléant.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Baudelocque, *Suppléant.*	Devergie.
Bayle.	Dubled.
Berard, *Examinateur.*	Dubois.
Blandin, *Examinateur.*	Gerdy.
Bouillaud.	Gibert.
Bouvier.	Hatin.
Briquet.	Lisfranc.
Brongniart.	Martin Solon.
Cloquet.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dalmas.	Trousseau.
Dance.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage de piété filiale.

A MES ONCLES ET A MES TANTES.

Tribut de reconnaissance.

A. DAVID.

DE

LA PÉRICARDITE AIGUË.

La péricardite (de *περι*, *autour*, et de *καρδια*, *cœur*), est l'inflammation des feuillets séreux du péricarde. De toutes les maladies qui composent le domaine de notre art, c'est une de celles qui mérite le plus de fixer l'attention des médecins. Il en est, en effet, bien peu dont les symptômes soient plus variés et plus difficiles à saisir. De cette instabilité dans les phénomènes concomitans de la péricardite dut naître nécessairement la diversité d'opinion des auteurs qui l'ont décrite; aussi, tandis que quelques-uns la considérèrent comme une affection très-rare; d'autres, plus attentifs, plus versés dans les recherches d'anatomie pathologique, lui assignèrent la véritable place qu'elle doit occuper dans les cadres nosologiques, sous le rapport de sa fréquence, comparativement à celle des autres phlegmasies viscérales.

Les écrits d'*Hippocrate* n'en font aucune mention, et des auteurs anciens, *Galien* est le premier qui en ait parlé; il la croyait le plus souvent produite par l'extension de l'inflammation des organes voisins, et lui donna le nom d'*érysipèle du cœur.*

Abinzoar en donna le premier une observation complète. Depuis lui un grand nombre d'auteurs, *Rondelet*, *Salus Diversus*, *Zacutus Lusitanus*, *Fabrice de Hilden*, *Lancisi*, *Lower*, *Senard*, etc., ont eu de fréquentes occasions d'observer cette maladie. *Corvisart*, dans son excel-

lent Traité des maladies du cœur, est un de ceux qui ont jeté le plus de jour sur cette affection. L'ouvrage de MM. *Bertin* et *Bouillaud* renferme aussi des recherches intéressantes qui prouvent qu'elle est plus fréquente qu'on ne l'avait d'abord supposé, ce qui confirme l'observation de M. *Chomel*, qui, sur quatre cents trois ouvertures faites avec le plus grand soin à l'hôpital de la Charité, trouva chez seize sujets des traces non équivoques de péricardite ; elle est cependant moins fréquente que l'inflammation de la plupart des autres organes contenus dans le thorax.

Parmi les causes de la péricardite, les unes appartiennent à toutes les inflammations, les autres lui sont plus particulières : tels sont un tempérament sanguin, l'âge adulte, le sexe masculin, un genre de vie actif, une constitution irritable, les passions morales vives, l'impression d'un air froid et humide, l'usage des boissons à la glace, les métastases goutteuses et rhumatismales, la répercussion de quelque exanthème et en particulier de la gale ; l'abus des liqueurs alcooliques, du coït, en un mot les excès en tout genre.

La péricardite s'est quelquefois montrée épidémiquement ; elle fut observée de cette manière à Rocroy, en 1746, par *Trecourt*, médecin de l'hôpital militaire de cette ville, qui en publia l'histoire dans le Journal de médecine du mois de décembre de la même année. Si nous réfléchissons un instant sur la part que doit avoir dans la production de la péricardite chacune des causes que nous venons de passer en revue, nous serons forcés d'avouer que leur mode d'action reste à peu près ignoré. Il en est une autre série dont l'influence directe n'a pas besoin de commentaires ; je veux parler des lésions physiques, tels que les coups, les chutes sur la région du cœur, et auxquels on a vu manifestement succéder l'inflammation du péricarde. On a également cru remarquer que cette maladie se développait de préférence chez certains sujets affectés de maladies organiques du cœur, et de l'anévrysme en particulier.

La péricardite, ainsi que l'inflammation des autres membranes séreuses, existe tantôt à l'état aigu, tantôt à l'état chronique ; envahis-

sant le plus souvent le péricarde dans sa totalité, elle est quelquefois bornée à une portion de son étendue : c'est du moins ce que paraissent suffisamment prouver les taches ou autres altérations trouvées après la mort chez des individus qui avaient succombé à des affections étrangères à celle-ci. L'anatomie pathologique ne viendrait pas à l'appui de cette opinion, que l'analogie qui existe entre le péricarde et la plèvre devrait naturellement y conduire.

Non-seulement la péricardite peut être ainsi limitée ; mais elle peut encore exister sans donner lieu à aucun trouble fonctionnel, et constituer une phlegmasie latente. Mais existe-t-il véritablement des inflammations latentes, et n'est-ce pas donner au mot *inflammation* une extension trop illimitée, que de voir partout inflammation là où nous rencontrons des phénomènes morbides que l'on est convenu de regarder comme le résultat d'un travail inflammatoire. Loin de nous l'idée de vouloir attaquer les théories généralement admises ; nous sommes trop pénétrés de notre faiblesse, pour ne pas nous arrêter lorsqu'il s'agit de discuter des matières d'un si haut intérêt. Un jour viendra, peut-être, où nous verrons enfin s'éclaircir les points de la science où règne encore une obscurité désespérante, et où l'esprit, guidé par les faits dont s'enrichissent journellement les connaissances que nous possédons déjà, marchera d'un pas ferme dans le sentier des découvertes jusqu'à ce qu'il ait atteint le terme qu'il n'est plus permis à notre faible intelligence de franchir.

Des phénomènes précurseurs annoncent quelquefois plusieurs jours d'avance l'apparition de la péricardite. Quelquefois aussi son invasion est presque subite, et elle surprend, pour ainsi dire, au milieu de la plénitude de la santé ; elle débute ordinairement, comme toutes les affections aiguës, par un frisson plus ou moins intense, auquel succède une sensation incommode de chaleur et une oppression plus ou moins considérable. Ce frisson est ordinairement suivi, et d'autres fois précédé d'une douleur aiguë qui manque entièrement chez certains sujets ; elle fait éprouver aux malades, quand elle existe, des sensations très-variées. Les uns la comparent à une griffe qui leur

comprimerait le cœur, d'autres la dépeignent comme un clou qui traverserait le thorax ; d'autres éprouvent la sensation d'un poids incommode, d'une boule qui semble nager au milieu d'un liquide : tantôt cette douleur est fixe, aiguë, pongitive ; tantôt elle s'irradie dans tout le côté. Chez quelques-uns elle s'exaspère par moment, au point de devenir intolérable ; chez d'autres, mais rarement, on l'augmente par la pression. A la douleur se joint une difficulté de respirer plus ou moins grande, portée quelquefois à un degré tel que le malade est obligé de se tenir constamment assis le tronc penché en avant. Il existe en même temps une jactation continuelle, puis surviennent des défaillances ; la physionomie offre une expression particulière de douleur. On a observé quelquefois la coloration plus intense de la pommette gauche, mais ce signe est de peu de valeur et extrêmement fugace ; le pouls est en général fréquent, inégal ; les mouvemens du cœur sont tumultueux, d'autres fois à peine sensibles. Chez quelques sujets le moindre changement de position détermine des lipothymies.

Il s'en faut de beaucoup que les symptômes dont nous venons de tracer l'énumération se trouvent constamment réunis ; le plus grand nombre peut ne pas exister, et l'absence de tous n'est pas une preuve de non péricardite. Bien plus, on a vu des cas dans lesquels on les avait tous observés, bien que l'autopsie n'ait démontré aucunes traces de péricardite chez les sujets qui les avaient présentés.

Dans une forme particulière de la maladie apparaissent d'autres phénomènes : la bouffissure de la face, la lividité des lèvres et du nez, l'œdème des membres inférieurs, signes évidens d'un obstacle à la circulation, soit qu'il tienne à une affection organique du cœur, soit qu'il résulte de la pression qu'exerce sur les parties voisines la sérosité contenue dans le péricarde.

L'épanchement de la sérosité s'effectue plus ou moins promptement ; lorsqu'il s'est formé, il vient fournir de nouveaux signes diagnostiques propres à éclairer sur la nature de la maladie. Si dès-lors on percute les deux côtés de la poitrine, on s'aperçoit d'une grande dif-

férence dans leur degré de sonorité, pourvu toutefois qu'il n'existe pas de pneumonie ou de pleurésie du côté opposé. Cette remarque n'est pas tout à fait oiseuse; l'observation suivante le prouvera.

Un homme était affecté depuis plusieurs jours d'une pneumonie du côté droit; matité complète de ce côté. Quelques jours après, il fut pris d'étouffemens qui se renouvelèrent à plusieurs reprises; l'oppression devint plus grande, les traits s'altérèrent profondément, quoique les modifications observées dans le bruit respiratoire indiquassent un amendement dans la maladie primitive. La région du cœur auscultée, on fut fort surpris de ne plus entendre les battemens de cet organe; il était également impossible de les sentir. Pendant les trois jours suivans que l'état du malade s'aggrava, le côté gauche de la poitrine ne cessa pas de rendre un son clair en apparence. On soupçonna néanmoins l'existence d'une péricardite; le malade mourut, et la nécropsie vint confirmer la justesse du diagnostic.

Il est plus que probable qu'ici la diminution de sonorité du côté gauche du thorax se trouvait masquée par la matité beaucoup plus considérable du côté affecté de pneumonie. Quant à l'absence des battemens du cœur, on peut s'en rendre compte par la petitesse que devaient présenter ces battemens chez un sujet considérablement affaibli par d'abondantes évacuations sanguines. On trouva dans le péricarde environ cinq ou six onces d'un liquide séro-purulent.

On conclura de ce fait que, quoique la percussion soit un des moyens qui apporte le plus de certitude dans le diagnostic; il est des cas où elle peut se trouver en défaut.

Après avoir considéré la percussion sous le rapport de son importance dans le diagnostic de la péricardite, disons un mot de l'auscultation. Ce moyen d'investigation, si précieux dans les maladies de poitrine, ne fournit dans celle-ci que des données fort incertaines. Le docteur *Colin* affirme cependant avoir observé à l'aide du cylindre un signe qui, s'il existe, en effet, mérite de fixer l'attention. Il consiste en un bruit qui se rapproche du froissement d'un morceau de cuir neuf, et qui paraît dû au glissement des deux feuillets du péricarde

l'un contre l'autre; on ne doit par conséquent l'entendre qu'au commencement de la maladie, et lorsque l'épanchement ne s'est pas encore effectué: c'est aussi ce qu'annonce M. *Colin.*

Nonobstant le peu de certitude de signes fournis par l'auscultation, elle peut néanmoins être de quelque utilité dans les cas de péricardite simple, en faisant connaître d'une manière plus précise l'absence d'une pneumonie ou d'une pleurésie. Ces cas sont malheureusement les moins fréquens, et presque toujours compliqués d'une des deux affections que nous venons de nommer. La péricardite est la plupart du temps méconnue, aussi *Laennec* pense-t-il qu'on la devine plus tôt qu'on n'acquiert la certitude de son existence, et le judicieux *Bayle* portait encore plus loin le septicisme à cet égard.

Les symptômes de la péricardite étant connus, et croyant avoir suffisamment fait ressortir le degré de confiance que peut inspirer chacun d'eux, ce serait entrer dans des redites inutiles que de les discuter plus long-temps. Il en est pourtant quelques-uns que je ne puis m'empêcher de noter plus particulièrement : la petitesse et l'inégalité du pouls, la confusion qui règne dans les battemens du cœur, les défaillances, les syncopes, l'anxiété, enfin la matité du son rendu par la région du cœur.

La péricardite affecte quelquefois une marche très-rapide. On l'a vue, dans des cas fort rares à la vérité, et presque toujours compliqués, se terminer par la mort dans l'espace de quelques jours, et même de vingt-quatre heures. Tantôt cette terminaison funeste est annoncée par de fréquentes lipothymies, l'extrême petitesse du pouls, le froid des extrémités, etc., tantôt elle a lieu d'une manière inopinée, et sans qu'on ait pu la prévoir si prochaine; ailleurs, elle se prolonge pendant vingt et trente jours et au-delà, et constitue alors la péricardite sub-aiguë de *Corvisart.*

Sous le rapport du prognostic, on doit considérer la péricardite comme une maladie grave. Cependant l'anatomie pathologique semble nous conduire encore à cette conclusion, que, dans un bon nombre de cas, elle se termine heureusement, soit qu'on l'ait reconnue, soit

qu'elle ait parcouru ses périodes sans qu'on en ait même soupçonné l'existence. Le danger est du reste proportionné au siége, à l'étendue et à la force de l'inflammation; nulle doute, en effet, que si elle est bornée au feuillet fibreux du péricarde, elle entraînera moins de danger que lorsqu'elle s'étend au feuillet viscéral de ce repli. Les maladies qui compliquent si souvent la péricardite diminuent encore les chances du succès. Enfin la quantité du liquide épanché, le temps depuis lequel l'épanchement existe doivent être également pris en considération.

La résorption du liquide épanché est le moyen que la nature emploie pour la guérison de la péricardite. Cette résorption peut être ou non suivie d'adhérences qui s'opposent à la formation d'un nouvel épanchement, c'est-à-dire que la nature fait ici ce que l'art imite dans la cure de l'hydrocèle. Ces adhérences peuvent-elles déterminer les accidens qui leur ont été attribués par quelques auteurs, et par *Corvisart* en particulier? Des faits assez nombreux permettent de résoudre la question par la négative; en effet, on les rencontre fréquemment chez des sujets dont rien pendant la vie n'en faisait soupçonner l'existence.

Il y a-t-il quelques signes à l'aide desquels on puisse les reconnaître? Cette dernière question a été le sujet d'un mémoire publié en 1823, dans les Archives de médecine, par le docteur *Sauders*. Selon ce médecin, l'adhérence complète du péricarde au cœur pourrait être constamment reconnue à un mouvement d'ondulation qui se produirait à la base de la poitrine du côté gauche, mouvement qui serait l'effet du soulèvement et de l'abaissement alternatif du diaphragme pendant la contraction des oreillettes et des ventricules; mais de nouvelles observations n'ont pas encore constaté, que je sache, cette ingénieuse théorie.

Les altérations pathologiques que l'on a trouvées à l'ouverture des sujets qui ont succombé à la péricardite ne diffèrent pas de celles des autres séreuses enflammées: ce sont des productions membranes plus ou moins denses, plus ou moins épaisses, formant une couche inégale,

recouvrant en tout ou en partie l'intérieur du péricarde, offrant tantôt une surface rugueuse, mamelonnée, simulant en quelque sorte l'estomac des ruminans; tantôt des prolongemens cellulo-fibreux, libres ou s'étendant d'un feuillet du péricarde à l'autre, séparant sa cavité en plusieurs compartimens; enfin un épanchement plus ou moins considérable d'une sérosité tantôt claire, limpide, d'un jaune citrin, et au milieu de laquelle nagent des flocons albumineux, tantôt troubles, blanchâtres ou jaunâtres, et se rapprochant plus ou moins de la consistance du pus.

L'aspect que présente dans quelques cas la fausse membrane dont nous venons de parler a donné lieu à une singulière méprise; on a cru voir dans les inégalités qu'elle présente une éruption varioleuse chez les sujets qui avaient succombé à cette dernière affection.

La couche membraniforme est d'autant plus épaisse que la maladie dure depuis plus long-temps. On l'a vue quelquefois acquérir une consistance cartilagineuse, et M. *Bertin* a présenté à l'académie de médecine un cœur hypertrophié où elle était ossifiée complètement.

Le péricarde enflammé n'offre presque jamais après la mort d'altération bien évidente dans sa couleur, dans son épaisseur et dans sa consistance. La rougeur qu'il présente quelquefois n'est qu'apparente, et a communément son siége dans le tissu cellulaire qui l'unit aux parties contiguës, et non dans cette membrane elle-même. Nous en dirons autant de l'augmentation d'épaisseur, qui est due à l'exsudation et non à l'épaississement réel du péricarde.

La quantité du liquide épanché est très-variable. *Vieussens* en a recueilli une fois deux pintes, et, dans un cas très-rare, observé par *Corvisart*, on en retira huit livres. On a trouvé quelquefois mêlée à la sérosité une certaine quantité de gaz, et elle peut acquérir une couleur rougeâtre par l'épanchement de quelques gouttes de sang. (*Péricardite hémorrhagique.*)

Les adhérences ne s'observent guère que chez les sujets qui ont succombé à d'anciennes péricardites. Elles sont constituées par un tissu cellulo-filamenteux, qui a presque complètement disparu chez ceux

où la mort n'est survenue que plusieurs années après la guérison. Dans ce dernier cas, les feuillets du péricarde sont tellement confondus, qu'il est impossible de les distinguer ou de les séparer, ce qui a donné lieu de supposer que les cœurs où l'on remarquait cette disposition étaient privés de péricarde.

La péricardite présente les mêmes indications à remplir que dans les autres inflammations. On doit avoir pour but de prévenir les effets ultérieurs de la maladie en même temps que l'on combat les accidens qui existent actuellement.

Parmi les moyens de traitement, ceux qui méritent la préférence sont, sans contredit, les émissions sanguines; elles ont le double avantage de calmer la violence de l'inflammation et de favoriser la résorption de l'épanchement.

Le nombre des saignées doit être proportionné à l'intensité des symptômes et à la constitution des individus; il pourrait, en effet, résulter d'une trop grande soustraction de sang un état de débilité qui donnerait à la maladie une tendance à passer à l'état chronique.

Il faut toujours avoir présent à la pensée, dans le traitement des maladies, que si le sang est un ennemi contre lequel il faut souvent se tenir en garde, il n'en est pas moins vrai de dire qu'une saignée de trop peut être aussi nuisible, si ce n'est plus, que son omission. Il y a en tout un juste milieu qu'il faut savoir saisir, et d'où dépendent souvent dans la pratique les succès ou les insuccès. Les applications de sangsues conviennent toutes les fois que la douleur offre le caractère d'acuité qu'elle revêt quelquefois; dans le cas contraire, je crois qu'il est à peu près inutile d'y avoir recours. On parvient quelquefois à calmer la douleur en donnant à l'intérieur l'opium ou ses diverses préparations. On peut recourir en même temps aux applications topiques anodines ou réfrigérantes. On prescrit l'usage des boissons émollientes ou légèrement diaphorétiques, telles que l'eau de gomme, l'eau de grosseille, la tisanne d'orge, l'infusion de feuilles de bourrache, etc. On pourra, si on le juge à propos, rendre ces boissons diurétiques par l'addition de quelques grains de

nitrate de potasse. Leur effet doit être soutenu par une grande tranquillité d'âme, une diète sévère, le repos absolu du corps. De doux minoratifs, le phosphate de soude, le tartrate acidule de potasse, la pulpe de casse et de tamarins seront quelquefois utiles, soit qu'on se propose de produire une irritation légère sur le tube intestinal comme moyen de révulsion, soit qu'on ait l'intention, en excitant la sécrétion de la muqueuse digestive, de diminuer d'autant celle qui s'effectue à la surface de la séreuse enflammée.

Lorsque, malgré l'emploi sage et raisonné de ces différens moyens, la maladie persiste à faire des progrès ou reste stationnaire, l'application d'un ou de plusieurs vésicatoires sur la région du cœur peut être suivie d'une amélioration marquée.

Quelques praticiens conseillent la digitale pourprée, et se proposent sans doute par cette médication de remédier aux désordres de la circulation. J'ignore si le succès a répondu à l'attente ; je ne pense pas au moins que l'administration de cette substance à dose fractionnée soit suivie d'inconvéniens dans le cas où elle n'offrirait pas les avantages qu'on lui attribue. Il paraît, du reste, démontré qu'elle a une action spéciale sur le système absorbant.

Dans le cas où l'épanchement subsiste, et où la maladie constitue une véritable hydropéricarde, doit-on suivre le conseil de *Sénac*, ou imiter la conduite hardie de *Desault*. Tout porte à croire que l'opération pratiquée dans des condit ons favorables, et suivant le procédé auquel M. *Boyer* donne la préférence, n'entraînerait pas après elle un danger imminent. Mais à quoi sert d'évacuer la sérosité, si l'on ne peut empêcher qu'il ne s'en produise une nouvelle quantité, qui nécessitera une opération nouvelle? Je ne m'étendrai pas davantage sur ce point en litige, laissant à l'expérience le soin de décider ; ce serait d'ailleurs dépasser les bornes que je me suis prescrites dans ce faible essai, où je n'ai voulu renfermer que ce qui a seulement rapport à la péricardite aiguë.

FIN.